

RENUNCIA A UNA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA DE DESCALIFICACIÓN - CalWORKs/Estampillas para comida

Lea cuidadosamente. El firmar esta renuncia afectará sus derechos.

NOTIFICACIÓN IMPORTANTE

-
- Fecha:
- Número de la audiencia:
-
-

El Condado de _____ cree que usted, _____, cometió una violación intencional del programa (IPV). Esto significa que el Condado alega que usted intencionalmente le dio información errónea o intencionalmente no le dijo la verdad.

Por “intencionalmente” el Condado quiere decir que usted lo hizo a propósito. Para el Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (*California Work Opportunity and Responsibility to Kids Program - CalWORKs*)/Programa de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (*Aid to Families with Dependent Children - AFDC*), esto significa que usted también lo hizo con el propósito de establecer o mantener la elegibilidad de la familia para los beneficios de CalWORKs/AFDC, de aumentar la cantidad del pago mensual, o de evitar una reducción en dicho pago. Esto resultó en un pago excesivo de \$ _____ en el Programa de CalWORKs/Programa de AFDC y en una emisión excesiva de \$ _____ en el Programa de Estampillas para Comida.

Es posible que el Condado trate de imponer una sanción de descalificación aun cuando no haya ningún pago excesivo o emisión excesiva. Las sanciones de descalificación por una IPV pueden ser de seis meses, 12 meses, 24 meses, cuatro años, diez años, o para siempre, dependiendo de si ésta fue su primera, segunda, o tercera violación, o basándose en las circunstancias de la violación. También es posible que usted sea descalificado de uno de los programas o de ambos.

Usted tiene derecho a una audiencia administrativa de descalificación (ADH). Sin embargo, puede renunciar a su derecho a una audiencia firmando la página dos de esta notificación. No tiene que admitir que ha cometido una IPV. Si firma la renuncia, será descalificado de CalWORKs y/o las estampillas para comida durante el período(s) de tiempo indicado en la página dos de este formulario. Si firma este formulario, no se llevará a cabo una audiencia.

Si firma este formulario para renunciar a sus derechos a la ADH, debe saber que:

- A pesar de que ha sido descalificado, sus ingresos y recursos se contarán cuando se determinen la elegibilidad y los beneficios de su hogar/grupo para fines de estampillas para comida (grupo).
- Si hay otros miembros en su hogar/grupo, es posible que se reduzcan o se suspendan los beneficios de CalWORKs y estampillas para comida de su hogar/grupo durante el período de descalificación de usted.
- Tiene derecho a guardar silencio con respecto al cargo(s), pero cualquier cosa que diga o firme puede usarse en contra de usted en un tribunal de derecho.
- El firmar esta declaración no impide que el Condado, Estado o el gobierno federal lo enjuicie por una IPV en un tribunal de derecho, ni impide que recobre cualquier pago excesivo o emisión excesiva.
- Para las emisiones excesivas relacionadas a las estampillas para comida, la cantidad que usted deba será más porque no se le permitirá la deducción por ingresos ganados.

Si decide NO firmar esta renuncia al derecho a la ADH:

- Su elegibilidad actual no cambiará hasta que se lleve a cabo la audiencia administrativa.
- Si no firma la renuncia, la audiencia se llevará a cabo si usted está presente o no. Si no se presenta, tal vez quiera entregar una declaración al representante del Condado identificado en la parte de abajo de la página dos en esta notificación. Se le enviará a usted una decisión basada en la evidencia presentada.
- **Si el Condado le está enviando este formulario antes de que se haya programado su audiencia, recibirá otra notificación del Departamento de Servicios Sociales de California (CDSS) con la fecha, hora y lugar de la audiencia. Si firma esta renuncia, las sanciones serán como se describe a continuación:**

6 meses de descalificación del Programa de CalWORKs por la primera violación

12 meses de descalificación del Programa de Estampillas para Comida por la primera violación

NOTIFICACIÓN SOBRE LAS ESTAMPILLAS PARA COMIDA PARA LOS OTROS MIEMBROS DEL GRUPO

Usted y los otros adultos en el grupo serán responsables de reembolsar los beneficios extras de estampillas para comida dados a su grupo durante el período descrito bajo el artículo E del formulario DPA 435 que se adjunta, "Alegación del condado de una violación intencional del programa/declaración de posición" (aun cuando usted o la persona descalificada se muden de la casa), a menos que ya ha sido reembolsada la cantidad de los beneficios extras de estampillas para comida.

SI QUIERE RENUNCIAR A SU DERECHO A LA AUDIENCIA, firme y devuelva esta renuncia al Departamento de Servicios Sociales de California antes de que pasen 20 días consecutivos a partir de la fecha del formulario DPA 353 que se adjunta, "Notificación de audiencia administrativa de descalificación de Asistencia para Familias con Niños Necesitados (AFDC) y/o estampillas para comida (FS)". Si usted no firma la renuncia antes de que pasen esos 20 días consecutivos, se programará una audiencia. Si usted no es el jefe de la familia, entonces el jefe de la familia también tiene que firmar.

Si firma esta renuncia, será descalificado del Programa de CalWORKs y/o del Programa de Estampillas para Comida durante el período(s) mencionado anteriormente, y es posible que se reduzcan los beneficios de su hogar/grupo, aun cuando usted no admita que son correctos los hechos según la manera en que fueron presentados por el Condado.

RENUNCIA A LA AUDIENCIA ADMINISTRATIVA DE DESCALIFICACIÓN

Entiendo que el firmar este formulario es completamente voluntario y que el no firmarlo no afectará mi elegibilidad.

Por favor marque una de las casillas a continuación:

- Admito que son correctos los hechos según la manera en que fueron presentados, y entiendo que se impondrá una sanción de descalificación si firmo esta renuncia.
- No** admito que son correctos los hechos según la manera en que fueron presentados. Sin embargo, he elegido firmar esta renuncia y entiendo que esto resultará en una sanción de descalificación.

Entiendo y reconozco que:

1. El Condado alega que he cometido una violación intencional del programa.
2. He revisado la copia del formulario DPA 435 que se adjunta, "Alegación del condado de una violación intencional del programa/declaración de posición", incluyendo la lista de pruebas y documentos presentados como evidencia. Si quiero ver la evidencia o hablar de este proceso, puedo comunicarme con el representante del Condado cuyo nombre está indicado a continuación.
3. Por este medio, voluntariamente renuncio a mi derecho a una audiencia administrativa de descalificación relacionada a CalWORKs/AFDC y/o las estampillas para comida.
4. Entiendo que si firmo esta renuncia, puedo cambiar de opinión y solicitar una ADH notificando a la División de Audiencias con el Estado al (800) 743-8525 (número gratuito) antes de que pasen siete (7) días de trabajo después de que se firmó la renuncia.

¡NO FIRME ESTE FORMULARIO SI NO SABE LO QUE QUIERE DECIR!

FIRMA DE LA PARTE RESPONDIENTE	FECHA
FIRMA DEL JEFE DE LA FAMILIA (HOH)/PERSONA ENCARGADA DEL CUIDADO CONTINUO DE UN FAMILIAR (CR) (ESTAS PERSONAS TIENEN QUE FIRMAR SI LA PARTE RESPONDIENTE NO ES EL HOH/CR.)	FECHA

Después de firmar esta renuncia, devuélvala en el sobre que se adjunta.

Si tiene alguna pregunta o necesita más información acerca de la ADH o esta petición para una renuncia, puede llamar por cobrar al Condado al _____ y preguntar por _____. Si quiere una copia de los procedimientos para las audiencias, llame al (800) 743-8525.